

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА ПРИ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ

Зуева О.С.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Пневмония в медицине является темой, которой исторически уделялось пристальное внимание. На определенных этапах формировалось мнение о разрешенности данной клинической проблемы. Однако по мере накопления клинического опыта, возникали вопросы, касающиеся классификации, течения, форм заболевания, новых возбудителей, исходов, развития лечебных программ. Обобщенные данные по инфекционным заболеваниям дыхательных путей свидетельствуют о том, что на протяжении последних 5 лет наблюдается рост болезней органов дыхания, в том числе и за счет пневмонии. Среди всех госпитализированных больных с бронхолегочным воспалением, не считая ОРВИ, число пациентов с

пневмонией превышает 60% [1,2,3]. Указанная патология составляет половину общей заболеваемости детей, остается тяжелым и серьезным заболеванием с летальностью 0,67% среди подростков и взрослых и 0,3% среди детей до 14 лет [МЗ РБ, 2000 год]. Она требует длительного периода биологической реабилитации, опосредует развитие повторных заболеваний, хронизацию процесса и инвалидизацию детей и подростков. И это несмотря на разработку и внедрение в клиническую практику новых мощных антибиотиков и комплексных схем лечения. Указанная ситуация во многом определяется наследственной патологией, нарушением «иммунного тренинга», возрастающей ролью «проблемных» микроорганизмов, нарушением механизмов неспецифической защиты и снижением иммунного ответа [3,4]. В связи с чем, изучение особенностей течения пневмонии на современном этапе, нарушений иммунного статуса, возникающих при данном заболевании, и оптимизация схем лечения остается актуальным.

Цель исследования. Изучение клинических и иммунологических особенностей течения пневмонии у детей грудного возраста.

Материалы и методы. Обследовано 26 детей в возрасте до 6 месяцев, находившихся на лечении по поводу острой пневмонии в инфекционном боксированном отделении Витебской областной детской клинической больницы и 10 здоровых сверстников, находившихся на плановой реабилитации в хирургическом отделении клиники. В работе использованы общеклинические, общелабораторные (исследование общего анализа крови и мочи, биохимии крови (определение общего белка, СРБ, серомукоида), и инструментальные методы исследования (ЭКГ, рентгенографическое обследование органов грудной клетки, ультразвуковое исследование головного мозга, органов брюшной полости и вилочковой железы). Проведено определение фенотипа лимфоцитов с использованием стабильных диагностикумов на основе моноклональных антител к CD3 , CD22-рецепторам лимфоцитов, концентрации IgG, IgM, IgA в сыворотке крови по Манчини [5].

Результаты исследования. Степень выраженности в клинической картине синдрома общей интоксикации у детей с острыми пневмониями была различна, что позволило нам всех пациентов разделить на 3 группы: первую составили 8 детей с фебрильной лихорадкой, вторую (13 человек) с субфебрилитетом и третью (5 детей) - с нормальной температурой тела и незначительными проявлениями интоксикации. В 1 группе

катаральные явления (малопродуктивный кашель, затрудненное дыхание через нос, слизистые выделения из носа) имели место в 100% случаев, у 4 детей была выражена одышка смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры. При аускультации легких изменения в виде мелкопузырчатых влажных хрипов выявлено в 6 случаях; функциональные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (приглушенность сердечных тонов, короткий систолический шум в точке Боткина и на верхушке) имели место у половины больных. Инфильтративные изменения в легких при рентгенологическом исследовании носили двусторонний характер у всех пациентов. В гемограмме отмечалась анемия легкой степени (гемоглобин 100 ± 9 г/л) у 3 и средней степени тяжести (гемоглобин 88 ± 2 г/л) у 1 ребенка. Лейкоцитоз выявлен в 4 случаях ($24,5 \pm 9,7 \times 10^9$ /л), сдвиг лейкоцитарной формулы влево в 3-х, повышение СРБ (89 ± 34 мг/л) у 5-х, увеличение СОЭ (36 ± 13 мм/час) у 4 обследованных пациентов данной группы. Во 2 группе синдром интоксикации и катаральные явления были умеренно выражены. Жалобы на кашель и изменение общего состояния ребенка предъявляли только 6 матерей. Синдром дыхательной недостаточности умеренной степени тяжести и влажные мелкокалиберные хрипы при аускультации легких определялись лишь в 4 случаях. Как правило, поражение легких носило двусторонний характер (9 случаев), однако у 4 пациентов на рентгенограмме определялось одностороннее поражение. При лабораторном исследовании лейкоцитоз ($17,9 \pm 5,3 \times 10^9$ /л) имел место у 7 детей, увеличение СОЭ (35 ± 11 мм/час) у 5-х. Лейкоцитарная формула и уровень белков острой фазы воспаления соответствовал нормативным показателям. В 3-й группе больных явления общей интоксикации отсутствовали. В клинике отмечалось легкое покашливание и умеренные слизистые выделения из носа, при аускультации легких хрипы не выслушивались. У 5 пациентов имели место функциональные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (приглушенность сердечных тонов, систолический шум на верхушке сердца). Однако, несмотря на скудность клинических данных, при лабораторном исследовании у всех пациентов отмечался лейкоцитоз ($16,3 \pm 5,6 \times 10^9$ /л) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ (32 ± 12 мм/час) и повышение СРБ (23 ± 18 мг/л). На рентгенограмме у всех больных инфильтративные изменения носили двусторонний характер.

Мы обследовали всех 26 пациентов с острыми пневмониями иммунологически. Оказалось, что у детей с пневмониями, по сравнению со здоровыми детьми такого же возраста, при исследовании

количества CD3- и CD22-лимфоцитов выявлено статистически достоверное ($p < 0,05$) снижение как относительных, так и абсолютных показателей почти в два раза. Так в исследовательской группе количество клеток с CD3- и CD22-рецепторами составило $22,5 \pm 4,7\%$ ($1,2 \pm 0,07$ млрд./л) и $12,8 \pm 3,1\%$ ($0,52 \pm 0,06$ млрд./л) соответственно. В группе здоровых детей эти показатели составили: CD3-лимфоциты $64 \pm 4,2\%$ ($3,2 \pm 0,14$ млрд./л), CD22-лимфоциты $22 \pm 2,7\%$ ($1,1 \pm 0,16$ млрд./л). Оценка уровней иммуноглобулинов в сыворотке крови также выявила значительное снижение концентрации иммуноглобулина класса А у пациентов с острыми пневмониями ($0,27 \pm 0,06$ г/л) по сравнению со здоровыми детьми ($0,93 \pm 0,04$ г/л), при сохранении нормативных показателей иммуноглобулинов G и M ($8,75 \pm 0,234$ г/л и $2,152 \pm 0,05$ г/л соответственно).

Выводы:

1. В настоящее время в клинике острой пневмонии у детей грудного возраста превалирует средней степени тяжести течение с умеренно выраженными или легкими синдромами интоксикации, дыхательной недостаточности и катаральными явлениями.

2. Происходит снижение как относительных, так и абсолютных показателей Т- и В-клеточного звена иммунитета, уровня IgA, при, как правило, нормативных показателях IgG и IgM в иммунограммах.

Литература:

1. Каганов, С. Ю. Пульмонология детского возраста и ее насущные проблемы / С. Ю. Каганов, Н. Н. Родинова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000ю – № 6. – С. 6-11.
2. Сорока, Н. Ф., К проблеме диагностики и лечения пневмоний / Н. Ф. Сорока, М. А. Савченко // Медицинская панорама. – 2002. – № 9. – С. 13-17.
3. Дементьева, Г. М. Актуальные проблемы пульмонологии новорожденных / Г. М. Дементьева, И. И. Рюмина, М. В. Кушнарцева // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2001. – №5. – С. 14-18.
4. Медицинская иммунология: учеб. пособие /Д. К. Новиков [и др.]. – Мн - Витебск, 1999. – 175 с.
5. Караулов, А. В. Клиническая иммунология и аллергология: учеб. пособие /А. В. Караулов. – М.: Медицинское информационное агентство, 2002. – 651 с.